様式第 11 号

個　人　情　報　訂　正　請　求　書

年　　月　　日

宮崎県後期高齢者医療広域連合長　殿

郵便番号
請求者　住　　所
氏　　名
電話番号

宮崎県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例第 23 条第 1 項の規定により、次のとおり個人情報の訂正を請求します。

訂正請求に係る個人情報の件名 ※訂正を求める個人情報を特定するため、その具体的な内容を明記してください。	
訂正の区分	1　訂正　　2　追加　　3　削除
訂正を求める内容 ※訂正を求める箇所並びに開示を受けた内容及び求める訂正後の内容を記入してください。	

法定代理人による請求の場合は、次の欄にも記入してください。

本人の住所及び氏名	住　所	
	氏　名	
本人との関係	1　未成年者の法定代理人 2　成年被後見人の法定代理人	

[処理欄]（記入しないでください。）

本人等確認	□運転免許証　□旅券　□その他（　　）		
所管課		受付年月日	年　　月　　日
備考			

（注意）1　請求の際は、請求に係る個人情報開示決定通知書又は個人情報部分開示決定通知書を提示してください。

2　請求の際は、請求者自身であることを証明するために必要な書類（運転免許証、旅券等）を提出し、又は提示してください。

3　法定代理人による場合は、法定代理人の上記書類のほか、本人の法定代理人であることを証明する書類（戸籍抄本等）を提出し、又は提示してください。

4　請求の際は、訂正を求める内容が事実に合致することを証明する書類等を提出し、又は提示してください。